**CONCURSO PÚBLICO**
**EDITAL Nº 001/2011**

**ANEXO III**

**FORMULÁRIO DE RECURSO**

**Ilmo. Sr.**

_____

**DD. Presidente da Comissão Especial do Concurso Público**
**PREFEITURA MUNICIPAL DE FAZENDA NOVA – GO.**

NOME CANDIDATO: _____
Nº INSCRIÇÃO:_____CARGO: _____

TIPO DE RECURSO - (Assinale o tipo de Recurso)

| | |
|---|---|
| (  ) CONTRA DISPOSITIVO DO EDITAL<br>(  ) CONTRA GABARITO DA PROVA OBJETIVA<br>(  ) CONTRA INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO<br>(  ) CONTRA RESULTADO DA PROVA TÍTULOS<br>(  ) CONTRA RESULTADO DA PROVA PRÁTICA | Ref. Prova objetiva<br>Nº da questão: _____<br>Gabarito Oficial:_____<br>Resposta do Candidato: ___ |

Justificativa do candidato – Razões do Recurso:

_____
_____
_____
_____

**Obs**: Reproduzir a quantidade necessária - Preencher em letra de forma ou à máquina; entregar esse formulário em 02 (duas) vias, uma via será devolvida como protocolo.

Data: ____/____/____

_____
Assinatura do candidato

_____
Assinatura do Responsável p/ recebimento

PREFEITURA
FAZENDA NOVA
no caminho certo

**CONCURSO PÚBLICO**

**EDITAL Nº 001/2011**

**ANEXO IV**

**REQUERIMENTO PORTADOR DEFICIÊNCIA**

NOME DO CANDIDATO:_____
CARGO: _____ Nº INSCRIÇÃO:_____

**PREENCHIMENTO EM LETRA DE FORMA**

Vem **REQUERER** vaga especial como **PORTADOR DE DEFICIÊNCIA**, segue em anexo o **LAUDO MÉDICO** com **CID** (colocar os dados abaixo com base no laudo):

Tipo de deficiência de que é portador: _____

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID: _____

Nome do Médico Responsável pelo Laudo: _____

(OBS: Não serão considerados como deficiência distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres).

**Dados especiais para a aplicação das PROVAS:** (marcar com um **"X"** no local caso necessite de Prova Especial ou não, em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessária).

(  ) **NÃO NECESSITA** DE PROVA ESPECIAL e/ou TRATAMENTO ESPECIAL.

(  ) **NECESSITA** DE PROVA ESPECIAL e/ou TRATAMENTO ESPECIAL (discriminar qual o tipo de prova e/ou tratamento necessário).

DISCRIMINAR QUAL O TIPO DE PROVA NECESSÁRIA (SE HOUVER):
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**ATENÇÃO: É obrigatória a apresentação de laudo médico com CID, junto a esse requerimento.**

(Datar e assinar)

_____
Assinatura